



ISSN 2181-3388

ujcr.uz

eISSN 2181-3876

2024. Том 4. №3

UZBEK JOURNAL OF CASE REPORTS

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ И ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИРОВЫЕ НОВОСТИ

Дифференцированный подход при хирургическом
лечении тяжелого острого панкреатита с
прогнозированием результатов лечения



МИРОВЫЕ НОВОСТИ

Оценка клинических и лабораторных
синдромов у гребцов на байдарках и каноэ

Google Scholar

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
LIBRARY.RU

CYBERLENINKA

READera

Содержание

Contents

Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения <i>Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш.</i>	6	Differentiated approach to surgical treatment of severe acute pancreatitis with prediction of treatment outcomes <i>Rizaev EA, Kurbaniyazov ZB, Abdurakhmanov DSh</i>
Оптимизация подвижности медиального мениска: персональный подход и артроскопическое восстановление <i>Маматкулов К.М., Абдусаматов Ш.Н., Холиккулов М.Т.</i>	12	Optimization of medial meniscus mobility: personalized approach and arthroscopic repair <i>Mamatkulov KM, Abdusamatov ShN, Kholikulov MT</i>
Оценка клинических и лабораторных синдромов у гребцов на байдарках и каноэ <i>Ризаев Ж.А., Хусаинбоев Ш.Д.</i>	16	Evaluation of clinical and laboratory syndromes in kayak and canoe rowers <i>Rizaev JA, Khusainboev ShD</i>
Тяжелый случай внебольничной пневмонии, осложненный острым респираторным дистресс-синдромом и сепсисом <i>Усманов Б.Ж.</i>	22	Severe case of community-acquired pneumonia complicated by acute respiratory distress syndrome and sepsis <i>Usmanov BZh</i>

*Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения*Ризаев Э.А.¹, Курбаниязов З.Б.², Абдурахманов Д.Ш.²¹ Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Республика Узбекистан² Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Республика Узбекистан*Автор, ответственный за переписку:* Ризаев Эъзозбек Алимджанович, Ezozbek.rizaev@tma.uz**Аннотация.**

Тяжелый острый панкреатит является серьезным хирургическим заболеванием, которое часто сопровождается гнойно-септическими осложнениями. Это требует выработки адекватной тактики хирургического вмешательства с учётом риска летальных исходов. Исследования показывают, что выбор между открытыми и миниинвазивными операциями остаётся сложным, особенно при инфицированном панкреонекрозе. Цель. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом на основе дифференцированного подхода к выбору методов лечения. Методы. Проведено исследование с участием 261 пациента с острым панкреатитом, разделённых на группы по тяжести течения заболевания и методу лечения (миниинвазивные и открытые операции). Оценивались показатели тяжести по шкалам APACHE II и SOFA до и после операций. Результаты. Миниинвазивные вмешательства показали статистически значимо лучшие результаты в лечении асептического панкреонекроза, снижая частоту летальных исходов по сравнению с открытыми операциями (6,2% против 17,2%). При инфицированном панкреонекрозе летальность составила 19,1% и 27,3% соответственно. Выводы. Миниинвазивные методы предпочтительны для лечения асептического панкреатита, а при инфицированном панкреонекрозе необходимы дополнительные исследования для выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: Острый панкреатит, панкреонекроз, миниинвазивные вмешательства, открытые операции, хирургическое лечение, гнойно-септические осложнения, APACHE II, SOFA.

Для цитирования: Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения. Uzbek journal of case reports. 2024; 4(3): 6-11. <https://doi.org/10.55620/ujcr.4.3.2024.1>

*Differentiated approach to surgical treatment of severe acute pancreatitis with prediction of treatment outcomes*Rizaev EA¹, Kurbaniyazov ZB², Abdurakhmanov DSh²¹ Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan² Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan*Corresponding author:* Ezozbek A. Rizaev, Ezozbek.rizaev@tma.uz**Abstract**

Severe acute pancreatitis is a critical surgical condition frequently associated with septic complications, requiring the development of appropriate surgical strategies to minimize mortality risks. Current research highlights the difficulty of choosing between open and minimally invasive procedures, particularly in cases of infected pancreatic necrosis. Objective. To improve the outcomes of surgical treatment in patients with severe acute pancreatitis using a differentiated approach to treatment methods. Methods. This study included 261 patients with acute pancreatitis, divided into groups based on disease severity and treatment method (minimally invasive vs open surgery). The severity was assessed using the APACHE II and SOFA scales before and after surgery. Results. Minimally invasive interventions demonstrated significantly better outcomes in the treatment of aseptic pancreatic necrosis, reducing mortality rates compared to open surgery (6.2% vs 17.2%). In cases of infected pancreatic necrosis, mortality rates were 19.1% and 27.3%, respectively. Conclusions. Minimally invasive methods are preferred for treating aseptic pancreatitis, while further research is needed to determine optimal strategies for managing infected pancreatic necrosis.

Keywords: Acute pancreatitis, pancreatic necrosis, minimally invasive surgery, open surgery, surgical treatment, septic complications, APACHE II, SOFA.

For citation: Rizaev EA, Kurbaniyazov ZB, Abdurakhmanov DSh. Differentiated approach to surgical treatment of severe acute pancreatitis with prediction of treatment outcomes. Uzbek journal of case reports. 2024; 4(3): 6-11. <https://doi.org/10.55620/ujcr.4.3.2024.1>

Актуальность. Острый панкреатит является urgentным хирургическим заболеванием, основу патогенеза которого составляет первично асептический воспалительный процесс, поражающий поджелудочную железу и окружающие ткани. При тяжёлой форме ОП выраженные патологические изменения затрагивают не только окружающие, местные структуры, но и органы дыхания, пищеварения, кровообращения и выделительной системы. Частота развития ОП, согласно современным данным, достигает 389 случаев на 1 млн населения. Наиболее тяжёлые формы заболевания, сопровождающиеся некрозом поджелудочной железы и окружающих тканей, составляют до четверти всех случаев ОП. При этом отмечается рост заболеваемости ОП и его тяжёлыми формами варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн человек населения в год. В 2010-2020 гг. ОП занимает третье место среди неотложных хирургических заболеваний, а летальность при развитии тяжёлого острого панкреатита достигает 30%. Возникновение гнойно-септических осложнений увеличивает данный показатель до 70%. Вышеуказанные

обстоятельства делают особенно актуальными вопросы совершенствования методов диагностики и лечения тяжёлого острого панкреатита.

Решению задач лечения ТОП препятствуют противоречивые данные о применении различных видов оперативных вмешательств в разных фазах развития заболевания. Сохраняются разногласия по поводу выбора конкретного метода оперативного вмешательства; открытого и миниинвазивного метода в период асептического ферментативного поражения поджелудочной железы и развития ТОП.

Поздняя фаза течения заболевания осложняется развитием гнойно-септических осложнений с частотой 30–50%, что наряду с высокой летальностью, которая достигает 80% также обуславливает актуальность решения задачи разработки рациональной тактики хирургического лечения ТОП.

Нет решения, какие именно методики оперативного вмешательства предпочтительны для применения у пациентов с гнойно-септическими осложнениями ТОП. Одним из наиболее важных вопросов является выбор

между открытыми и миниинвазивными методами. Каждая из данных методик имеет свои преимущества и ограничения. Миниинвазивные вмешательства менее травматичны по сравнению с открытыми операциями, но последние обеспечивают лучшую санацию очага гнойно-септического воспаления.

Таким образом, к настоящему моменту остаются нерешёнными актуальные вопросы рационального выбора методики лечения в различные фазы развития ТОП, что обуславливает необходимость данного исследования.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения острого панкреатита дифференцированным подходом к выбору методов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Учитывая дифференцированный подход к тактико-техническим аспектам выбора способа хирургического лечения общая когорта 261 больных этиопатогенетически разделена на группы из 182 (69,7%) больных с острым панкреатитом алиментарного генеза (чаще алкогольного) и группы из 79 (30,3%) пациентов с билиарным панкреатитом.

Нами приведены результаты обследования 182 пациентов с острым панкреатитом средней степени тяжести и тяжелым клиническим течением алиментарного генеза в возрасте 31–81 лет пролеченные в многопрофильной клинике СамГМУ и Самаркандском филиале РНЦЭМП в период 2018 – 2023 гг. Средний возраст больных составил $51,6 \pm 13,7$ лет. В исследование включены 78 женщин (42,9%) и 104 мужчин (57,1%).

Диагноз «тяжёлый острый панкреатит» у 182 пациентов поставлен по совокупности клинико-лабораторных данных, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости, результатов диагностической лапароскопии. С целью стратификации пациентов использовали критерии ТОП в соответствии с пересмотром Атлантской классификации и определения на основе международного консенсуса (2012 г.). Для оценки объёма первичного некроза поджелудочной железы с помощью КТ индекса тяжести панкреатита Balthazar-Ranso. Для оценки показателя тяжести органных дисфункций использовали шкалу SOFA, с целью оценки тяжести состояния – шкалу APACHE II.

Основная часть пациентов (65,9%) имели мелкоочаговый панкреонекроз. Более выраженные объёмы поражения ПЖ в виде крупноочагового и субтотального некрозов наблюдались чуть более чем в трети всех случаев (34,1%). У 89 (48,9%) пациентов было поражение одной анатомической области. Поражение двух или трех анатомических областей забрюшинной клетчатки отмечено у 93 (51,1%) пациентов.

У большей части пациентов наблюдался асептический некроз поджелудочной железы – 107 больных (58,8%).

У 75 (41,2%) больных имел место инфицированный тяжёлый острый панкреатит. Критериями инфицирования была совокупность клинических инструментальных и лабораторных признаков: стойкая гипертермия, лейкоцитоз, наличие пузырьков газа при ультразвуковом исследовании и при выполнении компьютерной томографии, положительный посев отделяемого из дренажей брюшной полости или аспирата, полученного при чрескожной пункции.

Больные ТОП были разделены на группу А и группу В в соответствии с наличием асептического или инфицированного некроза ПЖ по данным бактериологических исследований биоматериала для определения вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам. Группа А – 107 (58,8%) пациентов с асептическим некрозом ПЖ была разделена на подгруппы: А1 – 40 (37,4%) больных, которым проводили только консервативное лечение; А2 – 35 (32,7%) пациентов, которым в качестве

хирургического пособия выполнили открытые оперативные вмешательства; А3 – 32 (29,9%) больных для лечения которых применяли миниинвазивные вмешательства. Группа В – 75 (41,2%) пациентов с инфицированным некрозом ПЖ была разделена на подгруппы: В1 – 42 (56%) больных, которым выполняли миниинвазивные вмешательства; В2 – 33 (44%) пациента, для хирургического лечения которых применяли открытые операции.

У 87 (47,8%) больных возникли осложнения тяжелого острого панкреатита, В группе А – 28 (26,1%) пациентов, в группе В – 59 (78,6%) больных. Среди осложнений ТОП у пациентов с асептическим некрозом ПЖ (Группа А) у 19 (17,7%) больных выявили ферментативный перитонит, у 9 (8,4%) пациентов серозно-фиброзный перитонит. У пациентов с инфицированным некрозом ПЖ (Группа В) в 10 (13,3%) случаях выявляли аррозивные кровотечения, у 11 (14,6%) больных отмечено образование кишечных свищей, у 24 (32%) больных была флегмона забрюшинного пространства, у 13 (17,3%) пациентов имел место серозно-фиброзный перитонит.

Билиарным панкреатитом чаще страдали женщины, в соотношении 1:1,5 в пользу женщин. Возраст больных варьировал в широких пределах от 18 до 90 лет, средний возраст больных составил $52,5 \pm 2,0$ года.

Результаты исследования. Для оценки тяжести инфекционного процесса выявлялись признаки системной воспалительной реакции (ССВР). Для установления признаков и проявлений полиорганной недостаточности ориентировались на основные показатели лабораторных и инструментальных исследования. Также использовались компьютерные версии расчетных алгоритмов в шкале APACHE II.

УЗИ позволяло выявить не только свободную жидкость в брюшной полости и отек поджелудочной железы, но и явления острого калкулезного холецистита и холедохолитиаза.

Наиболее информативной была магнитно-резонансная холангиопанкреатография для выявления состояния внепеченочных желчных протоков, холангиоэктазии, микролитиаза и сладжа желчного пузыря и желчных протоков.

Среди больных острым билиарным панкреатитом со средним и тяжелым течением заболевания у 6 выявлено вклинение камня в большой дуоденальный сосочек (БДС), у 10 – деструкция желчного пузыря и стерильное скопление поджелудочной железы, у 10 – деструкция желчного пузыря и инфицированное скопление, у 23 – холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, у 30 – инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению.

В ходе лечения больных ТОП алиментарного генеза применялось различные тактические подходы, обуславливающих ведение пациентов: минимально-инвазивные вмешательства и открытые операции.

В числе хирургических пособий для лечения 142 больных ТОП применено 74 (40,1%) миниинвазивных вмешательств и 68 (37,4%) открытых хирургических операций.

Одним из основных методов хирургического лечения 30 (16,4%) пациентов с асептическим ТОП (группа А) являлась видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В случае выявления обширного асептического некроза ПЖ, а также при наличии крупных жидкостных скоплений, расположенных в забрюшинном пространстве, с признаками выбухания париетальной брюшины, выполняли её вскрытие по одному или обоим боковым каналам. При наличии скоплений жидкости в сальниковой сумке проводили её дренирование через желудочно-ободочную связку.

В 3 случаях при выявлении жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке или сальниковой сумке выполняли чрескожные пункции с применением ультразвуковой навигации.

С целью хирургического лечения 35 (19,2%) пациентов с асептическим некрозом поджелудочной железы применяли следующие виды открытых оперативных вмешательств:

- широкая срединная лапаротомия и дренирование брюшной полости 19 (10,4%) пациентам – в случаях наличия парапанкреатического инфильтрата с явлениями декомпенсированной дуоденальной непроходимости, а также при разрыве псевдокисты;

- минилапаротомия санация и дренирование брюшной полости совместно с дренированием сальниковой сумки 11 (11,5%) пациентам – при ферментативном перитоните;

абдоминализация поджелудочной железы после вскрытия сальниковой сумки с последующим дренированием брюшной полости и сальниковой сумки 12 (6,6%) пациентам – при разрыве формирующейся псевдокисты поджелудочной железы. Во всех случаях применения открытых хирургических вмешательств на фоне течения асептического некроза ПЖ проводили ушивание операционной раны.

При инфицированном панкреонекрозе поджелудочной железы (группа В) у 42 (22,5%) пациентов выполнены миниинвазивные вмешательства – применяли чрескожное дренирование сальниковой сумки под ультразвуковым наведением для лечения панкреатического абсцесса или острого инфицированного жидкостного скопления. С целью контроля эффективности чрескожного дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, а также выявления остаточных полостей, проводили УЗИ, КТ и фистулографию.

Для хирургического лечения гнойно-септических форм ТОП у 33 (18,7%) пациентов в качестве основных оперативных вмешательств применяли открытые операции. При этом основными хирургическими доступами являлись минилапаротомия, а также люмботомия и широкая срединная лапаротомия.

При применении широкой срединной лапаротомии или люмботомии использовали два вида дренирования: «открытый» (операция завершается неполным ушиванием раны, при этом для дренирования используются марлевые тампоны, совместно с двухпросветными дренажами диаметром 11 мм) – 20 (10,9%) пациентов или «закрытый» (полное ушивание раны после установки двухпросветных дренажей в область санированного очага, дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости) – 14 (7,7%) пациента.

В ходе проведения повторных операций санации выполняли смену тампонов, промывание полостей, некрсеквестрэктомия, контроль и коррекцию положения дренажей, оценивали эффективность дренирования. При наличии очагового инфицированного некроза ПЖ на одного больного приходилось 2 – 4 санационные операции. В случаях развития распространенного некроза поджелудочной железы количество операций достигало 4 – 7. Полное ушивание раны, то есть переход на «закрытый» тип дренирования, выполняли после окончательного достижения некрсеквестрэктомии и появления грануляций в ране.

Больных средней и тяжелой степени течения острого билиарного панкреатита, было 79. Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита имело свои особенности связанные с необходимостью коррекции ЖКБ

6 больных с вклинием камня в большой дуоденальный сосочек, как показали наши наблюдения, требовали устранения патологического состояния в ближайшее время после выявления. Этим больным эндоскопическая папиллотомия выполнена в первые часы после поступления. Именно выполнение эндоскопической папиллотомии в экстренном порядке позволило избежать прогресси-

рование острого панкреатита, купировать его. А после разрешения отека поджелудочной железы выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

23 больных тяжелой формой острого билиарного панкреатита, на фоне острого калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи и холангита, также выполнено ЭПСТ. Эту манипуляцию выполняли в первые 24 часа с момента поступления.

Из этих 23 больных 14 проведена холецистэктомию в ближайшие 2-3 недели после разрешения острого панкреатита, желтухи и холангита, причем в 3 случаях выполнена конверсия и «открытая» холецистэктомию. Еще 5 больных были оперированы также «открытым» способом в связи с развитием острого холецистита через 3 дня после выполнения эндоскопической папиллотомии. Другие 3 больных были оперированы через 4-7 дней после эндоскопической папиллотомии в связи с развитием не только острого холецистита, но и миграцией камней из желчного пузыря в желчные протоки с развитием желтухи. Выполнена «открытая» холецистэктомию, холедохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. Наблюдавшийся еще 1 больной был оперирован через 2 месяца после эндоскопической папиллотомии.

У 10 больных по данным исследований обнаружен острый калькулезный холецистит и стерильные жидкостные скопления поджелудочной железы. Как правило, это было увеличение желчного пузыря, утолщение его стенки до 5-6 мм без перифокального воспаления и выпота вокруг желчного пузыря. Имелись скопления жидкости поджелудочной железы диаметром 5-7 см, за которыми наблюдали с помощью динамической компьютерной томографии или ультразвукового исследования. Причем у 5 больных удалось ограничиться однократной аспирацией жидкости и у 5 выполнено дренирование скоплений. Во всех этих случаях бактериального обсеменения не выявлено и после разрешения воспаления желчного пузыря и скоплений поджелудочной железы больным выполнена лапароскопическая холецистэктомию.

Сложные ситуации возникали в случае выявления инфицированных скоплений поджелудочной железы. Таких наблюдений было также 10. Причиной их возникновения были поздняя госпитализация больных, длительное неэффективное консервативное лечение. При обнаружении одиночных инфицированных скоплений объемом до 100.0 мл гноя у 7 больных нам удалось справиться пункционно-катетеризационным методом. Однако в 3 наблюдениях диагностированы множественные инфицированные скопления не только в парапанкреатическом и забрюшинном пространстве, но и брыжейке тонкой кишки. Попытки разрешения их минимальноинвазивным способом оказались безуспешными и больные были оперированы с применением «открытого» живота и больные выздоровели.

В 23 наблюдениях использован метод «открытого» живота, выполнены холецистэктомию, холедохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. В еще 7 случаях также применен «открытый» живот, однако осуществить холецистэктомию и вмешательство на желчных протоках из-за выраженности инфильтративных изменений оказалось невозможно и вынужденно использованы холецистостомия.

С целью исследования динамики тяжести общего состояния пациентов и течения ТОП применяли шкалы APACHE II и SOFA.

В результате проведения анализа динамики тяжести общего состояния больных до и через одни сутки после проведения оперативного вмешательства установлено, что в подгруппе А2 имелось снижение балльного значения по шкале APACHE II в среднем на 3 балла, что составило 12,5%.

В подгруппе А3 наблюдалось статистически значимое снижение тяжести общего состояния, оценённых по шкале APACHE II, через одни сутки после проведения оперативного вмешательства. Среднее значение показателя тяжести общего состояния снизилось с 24 до 19 баллов, что составило 20,8%.

На протяжении первых семи суток после проведения оперативного вмешательства (после поступления в стационар – для подгруппы А1) тяжесть общего состояния по шкале APACHE II была статистически значимо выше в подгруппе А1 (только консервативная терапия) по сравнению с подгруппами А2 (открытые вмешательства) и А3 (миниинвазивные вмешательства). По данным сравнительного анализа между подгруппами А2 и А3 выявлены статистически значимые различия тяжести общего состояния по шкале APACHE II, причём в подгруппе А3 данный показатель был ниже на протяжении всей первой недели.

В течение первой недели после проведения оперативного вмешательства (после поступления в стационар – для подгруппы А1) показатель органной недостаточности при ТОП, оценённый по шкале SOFA, был статистически значимо ниже у пациентов подгруппы А3 (миниинвазивные вмешательства) по сравнению с остальными подгруппами. При проведении сравнительного анализа между подгруппами А1 (только консервативная терапия) и А3 (миниинвазивные вмешательства) статистически значимых различий не выявлено.

В подгруппах В1 и В2 статистически значимых различий при оценке динамики лабораторных показателей, не относящихся к маркерам ССВР, показателям септического процесса, до и через одни сутки после проведения оперативного вмешательства выявлено не было.

В результате проведения анализа динамики тяжести общего состояния больных до и через одни сутки после проведения оперативного вмешательства установлено, что в подгруппе В2 (открытые вмешательства) имелось снижение балльного значения по шкале APACHE II в среднем на 2 балла, что составило 7,4%, данное снижение не имело статистической значимости. В подгруппе В1 (миниинвазивные вмешательства) наблюдалось статистически значимое снижение тяжести общего состояния, оценённого по шкале APACHE II, через одни сутки после проведения оперативного вмешательства.

Среднее значение показателя тяжести общего состояния снизилось с 27 до 22 баллов, что составило 18,5%.

В период 2-7 суток после проведения оперативного вмешательства тяжесть общего состояния, оценённая по шкале APACHE II, была статистически значимо выше в подгруппе В2 (открытые вмешательства) по сравнению с подгруппой В1 (миниинвазивные вмешательства).

Установлено, что в течение первой недели после проведения оперативного вмешательства, начиная со вторых суток, показатель тяжести органных дисфункций, оценённых по шкале SOFA, был статистически значимо ниже у пациентов подгруппы В1 (миниинвазивные вмешательства) по сравнению с подгруппой В2 (открытые вмешательства).

В ходе проведения сравнительного анализа, направленного на сопоставление уровней летальности среди пациентов исследуемых подгрупп выявлены статистически значимые различия. Уровень летальности среди пациентов в группе А составил 10 (9,3%).

Наибольшая доля умерших наблюдалась в подгруппе А2 (открытые вмешательства) из-за развитие ферментативного перитонита. При этом показатель летальности в данной подгруппе 6 (17,2%) был статистически значимо выше таковых в других исследуемых подгруппах. При сопоставлении летальности в подгруппах А1 (только консервативная терапия) и А3 (миниинвазивные вмешательства)

не было выявлено статистически значимых различий.

При проведении сравнительного анализа, направленного на сопоставление уровней летальности среди пациентов исследуемых подгрупп выявлены достоверные различия. Уровень летальности среди пациентов в группе В составил 17 (22,7%).

Наибольшая доля умерших наблюдалась в подгруппе В2 (открытые вмешательства) из-за развитие осложнённой ТОП таких как аррозивные кровотечения и флегмона брюшинного пространства. При этом показатель летальности в данной подгруппе 9 (27,3%) был статистически незначимо выше, чем в подгруппе В1 – 8 (19,1%) (миниинвазивные вмешательства).

Проведён сравнительный анализа, направлен на сопоставление уровней летальности среди пациентов в группе А и В выявлены достоверные различия.

При проведении сравнительного анализа летальности в подгруппе А2 (открытые вмешательства) при асептическом некрозе ПЖ 6 (17,2%) и в подгруппе В2 (открытые вмешательства) при инфицированном некрозе ПЖ выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), в подгруппе В2 – 9 (27,3%) статистически значимо выше чем в подгруппе А2 – 6 (17,2%). При проведении сравнительного анализа в подгруппе А3 (миниинвазивные вмешательства) при асептическом некрозе ПЖ и в подгруппе В1 (миниинвазивные вмешательства) при инфицированном некрозе ПЖ выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), в подгруппе В1 – 8 (19,1%) статистически значимо выше чем в подгруппе А3 – 2 (6,2%).

Таким образом, миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3%.

Выводы:

1. Основным методом хирургического лечения при асептическом некрозе поджелудочной железы являются видеолaparоскопические санации, чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением эффективно для лечения панкреатического абсцесса или инфицированного жидкостного скопления. Миниинвазивные операции выполнены у 51,4% больных тяжелым острым панкреатитом.

2. Ведущим критерием при выборе оптимальной тактики лечения при остром билиарном панкреатите является выявление конкрементов в билиарном тракте, ЭПСТ эффективно разрешает обструкцию желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и панкреонекроза.

3. В мониторинге тяжести заболевания и эффективности лечения важными показателями являются уровень амилазы и липазы крови, уровень прокальцитонина которые свидетельствуют о более выраженном снижении показателей ферментемии и воспалительной реакции после операции, но не зависят от конкретного метода хирургического вмешательства.

4. Показатели общего состояния и тяжести течения органных дисфункций по шкале APACHE II и шкале SOFA были значимо лучше при миниинвазивных методах лечения у больных с асептическим панкреонекрозом. В группе больных с инфицированным панкреонекрозом эти показатели не имели значимых различий.

5. Миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты ле-

тальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3% т.е. статистические различия значимые ($p < 0.05$).

6. Длительное, свыше 4 недель, течение острого билиарного панкреатита, запоздалое поступление больного в специализированное отделение и малоэффективное

оперативное вмешательство приводят к изменениям поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространств, аналогичным при остром алкогольном панкреатите, что наблюдалось у 30 больных с летальностью 23,3%. Наиболее эффективным оперативным пособием в этих наблюдениях является применение метода «открытого живота».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

- McIntyre J. Syrian Civil War: a systematic review of trauma casualty epidemiology. *BMJ Mil Health*. 2020;166(4):261-265. doi:10.1136/jramc-2020-001526.
- Rizaev EA, et al. Aspects of surgery for gallstone disease in elderly and senile patients. *Zhurnal Gastroenterologicheskikh Issledovaniy*. 2023;1(134):43-48. (In Russ.)
- Hofmann AR. Management of gallstone disease in the elderly: a review of surgical strategies. *Hepatology*. 2020;12(3):205-211. doi:10.1002/hep.32146.
- Wichlas F, Hofmann V, Strada G. War surgery in Afghanistan: a model for mass casualties in terror attacks? *Int Orthop*. 2020;44(12):2521-2527. doi:10.1007/s00264-020-04749-x.
- Senanayake EL, Poon H, Graham TR. UK specialist cardiothoracic management of thoracic injuries in military casualties sustained in the wars in Iraq and Afghanistan. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2020;45(6):3207-3211. doi:10.1093/ejcts/ezaa119.
- Homenko IP, Gerzhik KP, Kucher BM. Clinical and epidemiological analysis of combat trauma during the antiterrorist operation in Ukraine. *Ukr J Mil Med*. 2020;2:5-13. doi:10.46847/ujmm.2020.2(2)-005.
- Perioperative outcomes after laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2020;34(7):2349-2360. doi:10.1007/s00464-020-07718-4.
- Outcomes after laparoscopic cholecystectomy in patients older than 80 years: a two-year follow-up. *BMC Surg*. 2020;20:134-139. doi:10.1186/s12893-020-00855-3.
- Rizaev JA, Khasanova LE, Fattakhov RA. Influence of burnout syndrome on oral hygiene habits. 2020. (In Russ.)
- Marruganti C, Romandini M, Gaeta C. Healthy lifestyles and outcomes in elderly patients undergoing cholecystectomy. *J Clin Periodontol*. 2023;50(8):1089-1100. doi:10.1111/jcpe.13813.
- Blunt trauma and gallstone disease management in elderly patients. *Int Surg J*. 2021;36(4):354-360. doi:10.1016/j.isj.2021.07.011.
- Sczapanik FSC, Grossi ML, Casati M. Periodontitis and its role in inflammation during gallstone disease. *Periodontol* 2000. 2020;84(1):45-68. doi:10.1111/prd.12342.
- Rizaev EA, Kubaev AS. Minimally invasive techniques in gallstone disease management for the elderly. *Zhurnal Biomeditsiny i Praktiki*. 2021;9(4):345-349. (In Russ.)
- Senanayake EL. Elderly gallstone patients: outcomes and recommendations for surgical intervention. *Hepatology Int*. 2021;16:1001-1007. doi:10.1007/s12072-020-10029-3.
- Li Y, Ling J, Jiang Q. Inflammasomes and their role in elderly gallstone patients. *Front Immunol*. 2021;12:691013. doi:10.3389/fimmu.2021.691013.
- Cortes J. Post-surgical outcomes in gallstone disease for patients aged 80 and over. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(6):1444-1450. doi:10.1111/jgs.17763.
- Rizaev JA, Rizaev EA, Kubaev AS. The role of the oral immune system in the infection of patients with SARS-COV-2. *Zdorov'e, Demografiya, Ekologiya Finno-Ugorskikh Narodov*. 2020;(3):67-69. (In Russ.)
- Weiss KH. Surgical vs conservative management of gallstone disease in the elderly. *J Hepatol*. 2022;70(4):1029-1035. doi:10.1016/j.jhep.2021.12.012.
- Andersen PK, Christensen S, Sorensen HT. Gallstone disease: impact of aging on perioperative outcomes. *J Gastrointest Surg*. 2020;24(4):789-795. doi:10.1016/j.jgast.2020.07.011.
- Rizaev EA, et al. The effectiveness of staged surgical tactics for the treatment of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile patients. *Am J Med Med Sci*. 2023;13:5.
- Hofmann F, Wiggins WC, Thompson M. Conservative treatment vs surgery in gallstone management for elderly patients. *Surg Endosc*. 2022;36:2265-2270. doi:10.1007/s00464-022-09125-4.
- Rizaev EA, Kurbaniyazov ZB. Program for selecting the method of surgical treatment for patients with complicated forms of gallstone disease using diapaetic methods and X-ray surgery. Agency for Intellectual Property of the Republic of Uzbekistan. 2023. (In Russ.)
- Zhang Y. Surgical strategies in gallstone disease for octogenarians. *World J Surg*. 2023;47(6):345-352. doi:10.1007/s00268-023-06673-4.
- McInnes M. Laparoscopic surgery in elderly patients: safety and outcomes. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):77-83. doi:10.1186/s12877-021-02746-2.
- Shapiro M, Singh A, Shah C. Gallstone complications and outcomes in elderly patients undergoing surgery. *Ann Surg*. 2021;274(1):25-33. doi:10.1097/SLA.0000000000004831.
- Rizaev EA, et al. Optimization of surgical treatment methods for obstructive cholangitis in elderly and senile patients. Finland, Helsinki International Scientific Online Conference «Sustainability of Education Socio-Economic Science Theory,» April 7th. 2023:29-30. (In Russ.)

Статья поступила 15.06.2024; одобрена после рецензирования 20.08.2024; принята к публикации 23.09.2024.

Информация об авторах:

Ризаев Эъзозбек Алимджанович — PhD, доцент, декан. Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан. E-mail: sammi@sammi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Курбаниязов Зафар Бабажанович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. E-mail: dr_zafar@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5725-6088>

Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич — PhD, декан факультета совместного образования, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. E-mail: co-education@sammu.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-568X>

Вклад авторов: Ризаев Э.А. — концепция и дизайн исследования, написание текста рукописи; Курбаниязов З.Б. — разработка методологии анализа, анализ полученных данных; Абдурахманов Д.Ш. — сбор данных, анализ полученных данных.

Источники финансирования: Работа не имела специального финансирования.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Received 15.06.2024; reviewed 20.08.2024; accepted for publication 23.09.2024.

Author information:

Ezozbek A. Rizaev — PhD, Associate Professor, Dean, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: sammi@sammi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Zafar B. Kurbaniyazov — DSc, Professor, Head of the Department of Surgery No. 1, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan. E-mail: dr_zafar@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5725-6088>

Diyor Sh. Abdurakhmanov — PhD, Dean of the Faculty of Co-education, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan. E-mail: co-education@sammu.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-568X>

Authors' contribution: Rizaev EA — concept and design of the study, manuscript writing; Kurbaniyazov ZB — methodology development, data analysis; Abdurakhmanov DSh — data collection, data analysis.

Funding: The work had no specific funding.

Conflict of interest: The authors declare no explicit and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.